

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

76

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. SIMERAY

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SÉQUELLES PSYCHIQUES

DES COMMOTIONS

ET

TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX DE GUERRE

Président : M. GILBERT, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

76

76

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

35

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. SIMERAY

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SÉQUELLES PSYCHIQUES
DES COMMOTIONS

ET

TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX DE GUERRE

Président : M. GILBERT, professeur.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBT
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FISSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILEMINOT	MATHIEU	TANON
CHÉVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBÉ HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VILLARET

Médecin des Hôpitaux

*En reconnaissance des excellents
conseils qu'il nous a donnés pour ce
travail.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MM. le Professeur RECLUS (Hôtel-Dieu) (*in memoriam*), 1910-1911.

Professeur agrégé LEGRY (Charité), 1911.

Professeur SEGOND (*in memoriam*), Salpêtrière, 1911-1912.

Professeur CHAUFFARD (Saint-Antoine), 1912.

Professeur agrégé AUVRAY (Broussais), 1912-1913.

Docteur CHAPUT (Lariboisière) (*in memoriam*), 1913.

Professeur agrégé DOLÉRIS (Saint-Antoine), 1913-1914.

Professeur GILBERT (Hôtel-Dieu), 1914.

Professeur LEGUEU (Necker), 1919-1920.

Professeur JEANSELME (Saint-Louis), 1920.

A MES AUTRES MAÎTRES

M. les Professeurs KIRMISSON et NOBÉCOURT

MM. les Docteurs CATHALA, VIGNES, LÉVI

MM. les Docteurs SORREL, HEUYER

A MES COLLÈGUES DE L'INTERNAT
DOCTEUR BÉNARD ET M^{lle} BEAUVAIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SÉQUELLES PSYCHIQUES DES COMMOTIONS
ET
TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX DE GUERRE

INTRODUCTION

A la suite des nombreuses publications qui ont attiré l'attention générale sur les répercussions possibles des commotions et traumatismes cranio-cérébraux sur le fonds mental des combattants, nous nous sommes proposé d'en faire un bilan résumé à l'heure actuelle, trois ans après la fin des hostilités.

Sans vouloir prétendre départager des auteurs plus qualifiés en ce qui concerne la vie de l'esprit dans ses rapports avec la physiologie des tissus nerveux, nous nous sommes penché néanmoins sur un aspect du problème psychopathologique et avons cherché à établir au point de vue clinique quelle part pouvait être mise à l'actif du traumatisme en matière de troubles mentaux résiduels chez les combattants.

Notre étude comprendra :

- 1° Un aperçu historique de la question ;
- 2° Les résultats de notre enquête statistique ;

3° L'étude des quelques cas cliniques que nous avons pu observer personnellement à l'asile de Clermont ;

4° Enfin nous essaierons d'en tirer quelques conclusions au point de vue clinique et médico-légal.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de remercier ici même ceux qui nous ont guidé dans nos études psychiâtriques : MM. les docteurs Thibaud et Boiteux, médecins-chefs et M. le docteur Demay, médecin de l'asile de Clermont.

HISTORIQUE

Les troubles mentaux post-traumatiques ont été observés dès la plus haute antiquité.

Hippocrate note surtout la perte de connaissance, les vertiges et les convulsions.

Mais jusqu'au XVIII^e siècle la question ne fait en somme pas de progrès.

Signalons en 1705 la fameuse autopsie faite par Littre chez un prisonnier qui se tua en se cognant la tête contre un mur, et qui ouvrit l'étude anatomo-pathologique de la commotion cérébrale. Littre ne découvrant aucune altération du cerveau, on attribua la mort à un ébranlement de l'encéphale.

Au point de vue de l'observation clinique, il faut mettre au premier plan Dupuytren qui donna un tableau précis du « délire nerveux des blessés » (1819) où il décrit le premier la confusion mentale caractéristique des traumatismes (différente du *delirium tremens*) jusques et y compris son amnésie consécutive. Ses pages sur la neurasthénie post-traumatique sont également des modèles d'observation.

Puis les accidents de chemin de fer firent éclore de nombreux travaux sur le sujet.

Après la description du railway-spine par Erichsen (1866) et les auteurs anglais (Lidell, Skae, Syme, Mor-

ris, Savory), on admit pendant près de vingt ans qu'il s'agissait de lésions organiques.

Avec la description plus complète des accidents cérébraux le railway-spine devint le railway-brain ; on parla même d'encéphalite post-traumatique.

Puis l'opinion contraire, celle de la nature inorganique de ces accidents prit peu à peu naissance avec Charcot car, tout au moins dans les cas de commotion cérébrale, ordinairement observés chez l'homme, on pouvait discuter et finalement nier les lésions anatomiques.

L'hystérie, maladie capable de tout simuler, absorba tous les troubles nerveux post-traumatiques, à qui l'on dénia tout caractère spécifique, toute origine organique. Admise sans conteste en France, en Angleterre et en Amérique, la doctrine de Charcot (1885) et de ses élèves ne trouve qu'un obstacle partiel en Allemagne, où Oppenheim (1885) notamment décrivait la « névrose traumatique comportant des lésions, au moins microscopiques ».

En France, Vibert (*la Névrose traumatique*. Paris, 1893) admet aussi l'encéphalo-myéélite d'origine traumatique.

Mais dans l'ensemble la doctrine de Charcot reste triomphante jusque vers 1900.

Puis paraissent les travaux de Babinski sur le « démembrement de l'hystérie traditionnelle » (1909), montrant que cette prétendue entité clinique était capable de simuler, non pas tout, mais seulement les troubles que la volonté peut produire, c'est-à-dire la

simulation elle-même. Les petits signes des lésions organiques, recherchés avec persévérance vinrent permettre de faire un diagnostic différentiel.

Au point de vue anatomo-pathologique, les travaux expérimentaux bien connus de Duret, de Koch et Filehne établissaient d'autre part une base solide aux théories organiques, confirmées au point de vue nécropsique (Köppen-Hasche klünder).

Néanmoins, sur le terrain de la clinique psychiatrique à la veille de la guerre, la plupart des psychiatres français admettaient que le traumatisme intervient surtout en donnant un coup de fouet à la prédisposition cérébrale (1).

1. Professeur Régis, *Précis de psychiatrie*, 1909.

NOTIONS NOUVELLES (guerre 1914-1918)

Voyons maintenant rapidement quelle a été l'œuvre des neurologistes et psychiatres pendant la guerre au sujet des commotions cérébrales et des traumatismes crâniens.

I. — Commotions

Tout d'abord un élément étiologique nouveau est intervenu : la déflagration des explosifs (Ravaut, Guillaumin, A. Léri) capable de provoquer des lésions organiques, entraînant même parfois la mort, dans un périmètre cependant très limité (8 ou 10 mètres pour les gros obus) (A. Léri). Les lésions commotionnelles furent étudiées également au point de vue expérimental (Mairet et Durante, Chavigny) et on délimita plus exactement les frontières de la notion de « commotion », en la débarrassant des éléments étiologiques parasites (émotion, contusion cérébrale), mais cela n'amena pas davantage l'unanimité en clinique psychiatrique.

Trois écoles se trouvent en présence pour expliquer la pathogénie des troubles mentaux.

1° *Théorie organique*. — Le rôle de la commotion cérébrale (ce terme ayant d'ailleurs une signification plus ou moins étendue et précise, selon les auteurs) est prédominant, sinon unique dans la production des

accidents (Grasset, L. Spillmann, Sollier et Chartier, B. Guillain, R. Dupouy, H. Claude, Jean Lépine, Bonhomme et Nordman, H. Aimé).

2° *Théorie mixte.* — A la fois commotionnelle et émotionnelle, avec, toutefois prédominance de l'émotion (Régis, Mairet et Piéron).

Mairet et Piéron envisagent aux deux extrémités du groupe l'existence d'un syndrome commotionnel proprement dit, d'une part ; d'un syndrome émotionnel pur, d'autre part ; les cas intermédiaires qui sont la grande majorité, sont des cas mixtes.

Gilbert-Ballet et R. de Fursac trouvent dans le complexe des causes immédiates apparentes, un élément constant, seul nécessaire et suffisant, le choc émotif.

P. Chavigny, G. Roussy paraissent également partisans de la théorie émotive. D'autres psychiatres comme G. Dumas, E. Dupré, Laignel-Lavastine et P. Courbon, sans se montrer aussi rigoureux que G. Ballet et R. de Fursac n'en admettent pas moins l'action prépondérante de l'émotion.

3° A. Léri, R. de Fursac, Babonneix et Brissot, B.-J. Logre et Bouttier *admettent l'existence d'une psychose commotionnelle, traumatique* proprement dite, répondant exactement aux cas types du syndrome commotionnel décrit par le professeur Mairet et M. H. Piéron.

Ces faits sont rares, en raison de la rareté même de la commotion vraie, par éclatement d'obus dont A. Léri a développé les raisons (1).

1. A. Léri, *Commotions et émotions*. Masson, 1918.

On retrouve d'ailleurs à chaque instant la notion d'émotion mêlée à la notion de commotion. Ainsi, pour les professeurs Dumas et Dupré, s'il y a véritable commotion, celle-ci anihile l'émotion produite par l'éclatement de l'obus ; un syndrome commotionnel est alors susceptible de se développer tel que l'ont décrit les auteurs.

Toutefois on a noté (Dupré et Logre) l'apparition du syndrome de la constitution émotive, créée ou révélée par la commotion.

Voici maintenant le tableau clinique du syndrome commotionnel classique à l'heure actuelle, présenté par M. Mairet, Piéron et Mme Bouzansky, à l'Académie de Médecine, 1^{er}, 15 et 22 juin 1915).

Nous n'insistons pas sur les troubles sensoriels, et qui peuvent être variés :

1^o Au point de vue des troubles moteurs, les auteurs notent l'hyperexcitabilité réflexe, tendineuse et musculaire, et au dernier terme les crises hystériques ou épileptiformes ou au contraire l'asthénie.

2^o *Troubles vaso-moteurs et splanchniques.* — Céphalées et vertiges. Refroidissement et cyanose.

Troubles cardiaques frisant parfois la névrose d'angoisse, souvent limités à la tachycardie ou à la bradycardie.

Les perturbations de l'appareil digestif avec crampes œsophagiennes, vomissements, ne sont pas rares.

3^o *Troubles affectifs.* — Les traumatismes de guerre exagèrent une perturbation que la vie du front tend déjà à

engendrer. On peut rencontrer des crises de colère et des délires de peur.

4° *Troubles associatifs.* — a) Troubles de mémoire (évocation) ;

b) Inertie intellectuelle, parfois profonde, capable de simuler les troubles de confusion mentale.

Livré à lui-même le traumatisé reste immobile, sans initiative, sans se préoccuper de l'endroit où il se trouve, de son avenir ou du sort des siens. Mais si on provoque...

Ce qui manque c'est une stimulation suffisante.

c) Suractivité imaginative. Rêves, hallucinations.

Au premier degré, cauchemars.

Plus grave est l'apparition d'hallucinations conscientes, puis délire hallucinatoire complet. (Un léger excès d'alcool déclenche les accidents hallucinatoires.)

5° *Troubles des fonctions d'appréhension.* — Les perceptions ne se transforment pas en souvenirs.

Après que tout le reste a disparu, on retrouve encore de grandes difficultés de fixation, une fatigabilité excessive, un évanouissement rapide des souvenirs. Au bout de quelques lignes le malade ne se rappelle plus du début. L'effort mental est presque impossible.

Les auteurs ajoutent au sujet de l'évolution que si les gros symptômes (cécité, aphonie...) disparaissent souvent du jour au lendemain on peut en convalescence observer des troubles notables persistants, émotivité, fatigabilité, évanouissement rapide des souvenirs.

Nous avons jugé indispensable de rappeler un peu

en détail ce syndrome dont nous retrouvons à chaque pas les principaux symptômes plus ou moins marqués dans nos observations de commotionnés, aussi bien à l'Asile qu'à l'extérieur.

II. — Traumatismes cranio-cérébraux

En ce qui concerne les traumatismes cranio-cérébraux proprement dits, leur histoire, au point de vue des séquelles psychiques, n'avait pas d'individualité propre, jusqu'à la période contemporaine.

Il a fallu arriver en effet à l'époque actuelle pour observer un grand nombre de traumatisés cranio-encéphaliques, guéris en tant que blessés grâce aux belles conquêtes de la chirurgie, mais demeurés parfois invalides au physique et plus souvent encore au point de vue psychique.

Au sujet des séquelles mentales, on ne trouve plus ici les mêmes discussions pathogéniques que pour les commotionnés.

En effet l'élément étiologique est net en général ; les blessés du crâne sont tout d'abord les clients des services chirurgicaux ; leurs séquelles organiques relèvent ensuite du neurologiste.

Ce n'est donc que tardivement que le psychiatre peut avoir à s'occuper du traumatisé cranio-cérébral.

D'autre part, comme le faisait remarquer notre maître M. le professeur Villaret, dès 1916, la plupart des anciens blessés du cerveau ont une intégrité relative et apparente de leurs fonctions psychiques.

Néanmoins il existe bien des troubles nerveux tardifs consécutifs aux traumatismes cranio-cérébraux.

Ils font partie du syndrome atopique suivant l'heureuse expression du professeur Grasset, par opposition aux symptômes topiques ou localisateurs, organiques.

On peut distinguer (Villaret et Faure-Beaulieu):

1^o *Une forme latente*, exceptionnelle ;

2^o *Une forme commune* où le blessé ne se plaint que de céphalée, d'étourdissements, d'une légère amnésie.

Mais, dans ces formes rentrent aussi celles qui s'accompagnent d'épilepsie généralisée ;

3^o *Des formes à aggravation tardive*.

La période intercalaire peut être d'une durée tout à fait variable, puisque les traités classiques signalent des aggravations survenues au bout de nombreuses années (20 ans dans un cas de Holston), les symptômes de cette période étant d'ailleurs d'une banalité qui leur enlève toute valeur pronostique (vertiges, éblouissements, étourdissements).

Au point de vue purement psychique, nous rappellerons brièvement le classique *syndrome psychique résiduel* des traumatismes cranio-cérébraux de guerre (Villaret et Mignard).

D'une façon générale, il s'agit pour ces auteurs « d'un état d'inactivité, de torpeur, de paresse plus ou moins accusée, dans lequel les fonctions psychiques, sans être supprimées, ni, pour la plupart, gravement altérées, se trouvent ralenties, suspendues, entravées dans l'exercice de leur activité ».

Les *émotions* violentes sont dans leur ensemble,

inhibées, mais leur manifestation inattendue est toute fois difficile à maîtriser.

La *volonté* paraît en général altérée. Aboulie.

L'*impulsivité* participe elle-même à ce ralentissement général.

L'*attention volontaire* existe, mais habituellement en repos.

L'*attention spontanée* présente une tendance manifeste à s'immobiliser dans la torpeur : l'idée fixe, obsédante est plus fréquente que la fuite des idées, rare, mais pénible.

L'*imagination* est conservée mais s'exerce peu et s'épuise très facilement.

Jugement et raisonnement parfois altérés, mais en réalité on arrive presque toujours à réveiller l'intelligence.

Onirisme et délire. — La légère activité du psychisme inférieur se réalise chez les grands traumatisés du crâne, dans les cauchemars et l'onirisme.

Toutes les formes de passage s'observent entre le simple prolongement du rêve sur l'état de veille, hallucinose, visions de guerre. On observe aussi des idées délirantes, fugaces, fréquemment mélancoliques, parfois orientées dans le sens des idées de persécution et des obsessions idéatives.

C'est seulement dans ces manifestations anarchiques et inférieures qu'on a pu noter quelquefois une certaine influence de la région lésée (Bouffées d'onirisme débutant assez nettement par de l'hallucinose visuelle chez un blessé de la région occipitale. Equi-

valents épileptiques à forme confusionnelle précédés d'une aura auditive chez un blessé de la région pariéto-temporale).

8° Mémoire. Amnésie lacunaire post-traumatique.

Mémoire de fixation fréquemment défectueuse, parfois très affaiblie, ce qui paraît s'expliquer en partie seulement par des troubles de l'attention. Période de guerre particulièrement oubliée.

Formes cliniques

a) Forme accusée avec exacerbation. Loin d'être stable. Paraît susceptible d'amélioration comme d'aggravation. Souvent entre-coupée par des bouffées de confusion mentale.

b) Forme discrète ;

c) Forme pseudo-démentielle. Dans des cas assez rares, l'exagération de l'obnubilation mentale donne lieu à une apparence pseudo-démentielle dissipée en général par un examen approfondi ;

d) Forme pseudo-paralysie générale. Il s'agit là probablement de méningo-encéphalites diffuses en évolution.

Ce syndrome est à la fois à distinguer et à rapprocher des syndromes de Mairet et Piéron.

D'ailleurs dans ce syndrome peuvent survenir, à titre secondaire disent les auteurs, plusieurs des manifestations ci-dessus décrites donnant lieu à des formes intermédiaires dans lesquelles il est difficile de faire le

départ entre ce qui est traumatique lésionnel et simplement commotionnel.

Il est d'ailleurs à se demander, ajoutent-ils, si certains signes du syndrome commotionnel ne sont pas en réalité parfois attribuable à une lésion. (Nous laissons de côté les psychonévroses émotionnelles dans notre étude.)

Au point de vue pronostic, les auteurs émettaient des réserves en raison de craintes de méningo-encéphalite diffuse, et de la gravité de la fatigabilité cérébrale.

D'ailleurs, manifestations émotionnelles et syndrome psychique lésionnel peuvent coïncider.

STATISTIQUE

Nos recherches ont porté tout d'abord sur les Aliénés Militaires de l'Asile de Clermont (Oise).

Nous avons relevé un chiffre de 390 entrées. Sur ce total important (car à 140 aliénés militaires environ qui représentent le contingent des 3 départements ressortissants sont venus se joindre temporairement environ 250 transférés des Asiles de la Seine) nous avons noté, après enquête complète de chaque dossier : 12 cas où la notion de commotion ou de traumatisme cranio-cérébral était invoquée :

9 fois pour commotion.

3 fois par traumatisme cranio-cérébral (1).

Enfin, pour compléter notre étude au point de vue des séquelles psychiques n'entraînant pas l'internement,

1. Désirant élargir le cadre de notre enquête nous avons demandé des renseignements statistiques à plusieurs Asiles et nous avons reçu des réponses nous confirmant la rareté des internements des commotionnés ou trépanés.

Nous sommes heureux de remercier ici M. le Dr Baruk, médecin-directeur de l'Asile de Saint-Gemmes-sur-Loire qui nous a aimablement fourni de précieux renseignements sur sa statistique de guerre.

Sur 941 militaires traités dans ce centre de neuro-psychiatrie de la IX^e région, de 1914 à 1919, il y eut 1 internement et 10 réformes pour commotion ; 1 internement et 5 réformes pour trépanation.

nous avons fait des recherches dans un centre neuro-psychiatrique d'après guerre (1).

Là, sur 674 observations de blessés nerveux, nous relevons 98 fois la notion de commotion (2), avec 2 cas qui durent être internés transitoirement (accès de dépression mélancolique et 2 qui le sont actuellement) et 136 fois la notion de traumatisme cranio-cérébral n'ayant entraîné qu'un seul internement (épilepsie traumatique).

Résultats globaux de la statistique

Commotionnés : 2,3 0/0 des aliénés militaires ;
14,5 0/0 des blessés nerveux (petits mentaux).

Traumatismes cranio-cérébraux : 0,77 0/0 des aliénés militaires ; 20 0/0 des blessés nerveux.

1. A. B. N. G., 35, avenue de Saint-Ouen, Paris.

2. Nous remercions tout particulièrement M. le Dr Wallon, chef de service qui a bien voulu mettre à notre disposition les richesses cliniques de ses observations et ses conseils éclairés.

OBSERVATIONS

Remarque importante

Nous nous excusons, dans les observations qui suivent, concernant nos aliénés militaires, de présenter un certain nombre de cas dans lesquels la notion de commotion est loin d'être scientifiquement établie. (Nous avons expliqué d'ailleurs plus haut ce qu'il fallait entendre par le terme « commotion cérébrale. »)

Nous avons cependant pensé qu'il serait intéressant de présenter tous nos cas tels quels afin de montrer ensuite par un examen détaillé la valeur relative de notre statistique et d'attirer ainsi l'attention sur l'erreur qui risquerait d'entacher une semblable statistique globale non commentée.

Ces observations nous donneront d'ailleurs une idée générale des troubles mentaux dont peuvent être atteints à l'heure actuelle les commotionnés traumatisés craniocérébraux et nous permettront ensuite de nous contenter de dégager brièvement les symptômes qui nous ont paru être les plus fréquents dans les nombreuses observations que nous avons analysées dans la quatrième partie de notre travail.

OBSERVATION I

André, 34 ans.

Accidents d'ordre commotionnel (?) remontant à la fin de 1916. Atteint de débilité mentale avec faiblesse du développement intellectuel, notions bornées, quelques stigmates de dégénérescence (certificat d'entrée le 24 décembre 1918).

A l'Asile, conserve ses troubles de raisonnement, ne comprend aucune explication sur sa situation de malade, se montre assez indifférent, resté isolé, cause très peu.

Enfin meurt presque subitement le 24 mars 1919, mort attribuée à un œdème aigu du poumon, d'origine grippale.

OBSERVATION II

Baptiste, 33 ans.

Commotion cérébrale le 5 octobre 1918. Billet d'Hôpital du Val-de-Grâce.

A l'Asile, a des alternatives de calme et d'agitation. Affaiblissement intellectuel. Aucune conscience de sa situation. Idées de grandeur. Syphilis ancienne.

On porte le diagnostic de P. G. Malade meurt en 1919.

OBSERVATION III

Charles, 29 ans.

Aurait été commotionné en 1915.

Epilepsie avec crises, idées mystiques.

Réformé pour commotion cérébrale dans l'active. Sort guéri en 1920.

OBSERVATION IV

Désiré, 42 ans.

Commotion alléguée en septembre 1916.

Affaiblissement intellectuel avec dysarthrie, mouvements

ataxiques, démarche hésitante, état spasmodique des membres inférieurs, pupilles déformées et paresseuses. Céphalée.

Décès en 1920.

OBSERVATION V

Ferdinand, 37 ans.

Réformé pour troubles mentaux post-commotionnels (d'après l'interrogatoire, il paraît s'être agi d'une commotion légère aggravée d'un fort élément émotionnel).

Le certificat d'entrée porte : « déséquilibre psychique, tempérament émotif, bégaiements, convulsions dans l'enfance, tendance aux interprétations délirantes et aux idées de persécution ».

Nous avons observé personnellement chez ce malade un bel exemple d'intolérance aux bruits soudains ; ayant laissé choir contre une porte une bûche qu'il transportait, le fracas de la chute lui causa du tremblement et un réel effroi l'obligeant à s'asseoir. Au point de vue du caractère, ce malade, d'humeur sombre, solitaire, avant la guerre, est devenu plus irritable (accès de colère pathologique avec violences, puis dépression, idées de suicide, peu sincères peut-être, qui l'ont fait interner). Egocentriste. Détail curieux, s'était constitué avant son internement une collection considérable de vêtements et accessoires de toute espèce, par exemple, douze vestes, neuf pantalons, quatre paires de bretelles, etc.

OBSERVATION VI

Eugène, 25 ans.

Commotion en 1917. Amnésie et confusion consécutive. Agitation. Aurait donné un coup de couteau à un de ses camarades (prétend ne pas s'en souvenir). A été interné, puis transféré dans la Seine et à Clermont.

Troubles du caractère, insociabilité, irritabilité, impulsivité, cyclothymie.

Antécédents héréditaires. — Selon les dires de D... son père

est violent et impulsif, manifeste ses sentiments paternels sous la forme habituelle de l'autorité. Sa mère aurait eu souvent des discussions de ménage avec son mari, se battait avec lui. Aurait été envoyée à l'hôpital Tenon, et renvoyée chez elle, se serait pendue dans une crise de folie. Elle buvait un peu ; le père boirait également. Tous deux battaient souvent leurs enfants.

La sœur du malade confirme la plupart de ses dires ; elle est elle-même d'un tempérament névropathique manifeste.

Antécédents personnels. — Pas de maladie de l'enfance. Hernie opérée en bas âge.

A l'école jusqu'à treize ans, très irrégulièrement.

Intelligence moyenne, caractère très irritable et emporté. Fugues nombreuses de la maison paternelle, toutes consécutives, dit-il, à de mauvais traitement. Son frère se serait sauvé plusieurs fois également.

Tous deux ont été placés en maison de correction jusqu'à leur majorité.

Entré en 1911, il y resta jusqu'en décembre 1914, souvent puni pour son caractère irascible et révolté de sa situation.

Mobilisé dans l'infanterie, a toujours été depuis dans une unité combattante ; a changé plusieurs fois de régiment, deux fois pour Conseil de guerre (menaces et violences ; tapage et refus d'obéissance).

Commotion et perte de connaissance (gêne respiratoire, vomissements) par éclatement d'obus en 1917, amnésie et confusion consécutive, hospitalisé puis interné.

A l'Asile de Clermont, E... se montre irritable, insociable, présentant les caractères de la constitution cyclothymique, périodes alternantes de gaieté exubérante et de dépression ; l'hypomanie cependant prédomine.

Troubles du caractère : E... se montre impulsif, violent, ne pouvant supporter ni observation, ni contrainte, cherchant toujours à faire différemment des autres ; taciturne par intervalles, préférant s'isoler et rester dans sa cellule, orgueil exagéré, intransigeance. Il est complètement guéri de son épisode confusionnel post-commotionnel, mais son état mental caractérisé surtout par la constitution cyclothymique et le déséquilibre

profond du caractère, en fait un insociable au premier chef et entraîne d'ailleurs une grande atténuation de sa responsabilité.

OBSERVATION VII

Gustave, 31 ans.

Commotion légère, précédée d'une période neurasthéniforme. Après la commotion longue période d'inadaptation infructueuse à la vie sociale. Internement. Inertie psychique.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — Scarlatine, rougeole, oreillons.

A été élève d'une école professionnelle puis des Beaux-Arts d'où il est sorti dans un bon rang.

A fait son service militaire puis a été mobilisé dans l'infanterie. Il nous raconte son odyssée militaire d'une façon puérile, répondant volontiers aux questions et suivant bien l'interrogatoire.

« On m'a pris mes mesures »...

« On a fait beaucoup de marches. »

Offensive du printemps 1915? « On a fait une guerre de nuit, à coups de pioche et de pelle. »

Puis il a été détaché au génie.

A fait les attaques en 1915 notamment au « Labyrinthe ». Dans cette affaire, vous avez dû souffrir beaucoup de la soif et de la faim ? (qui ne se souvient en effet de ces combats excessivement durs, en pleine chaleur). Oui (se met à rire!).

Puis raconte ainsi un détail qui l'a frappé.

J'ai marché sur un blessé, qui était comme mort, dans le boyau. Je l'ai relevé en lui demandant si je lui avais fait mal. Cela m'a fait une émotion.

Se rappelle bien les principaux points de repère du secteur.

Il nous avoue qu'il a eu à cette époque des maux de tête, sensation de tête serrée. *Il était fatigué, déprimé, avait des insomnies, de petits cauchemars.*

Enfin, une nuit qu'il faisait partie d'une équipe de travailleurs, au moment où il donnait un coup de pioche, un obus

éclate à ses pieds (il n'ose pas affirmer quand on le presse de questions que ce n'est pas le coup de pioche qui a fait éclater l'obus). Il se trouve assis par terre, mais ne perd pas connaissance. Reconnaît qu'il s'est mis à trembler « comme une feuille ». Par un interrogatoire serré on lui fait donner quelques précisions sur ce qu'il a fait ensuite. Ayant eu deux camarades blessés par l'obus, il en a relevé un et l'a mis dans sa toile de tente, aidé par un camarade, mais l'a abandonné au bout de quelques mètres.

« Je me suis sauvé en tremblant, suis resté deux jours sans manger et me suis fait porter malade ».

Envoyé en permission de sept jours pour se remettre, il est arrivé chez lui un peu malade et on a été obligé de le conduire à l'hôpital (il avait en effet parfois des réactions dangereuses).

Ne se rappelle pas ce qui s'est passé à l'hôpital où il dit avoir eu de la fièvre ? pendant une dizaine de jours. (Vraisemblablement un épisode confusionnel.)

Après ce séjour à l'hôpital il eût plusieurs convalescences. Se sentait un peu mieux physiquement, mais avait perdu la mémoire de beaucoup de choses, de sa profession notamment.

Enfin, il essaie de travailler, mais se sentait faible. Versé dans le S. A. dans un bureau, il végète, se sentant toujours fatigué au physique et au moral.

En 1918, réformé temporairement. Entre à l'hôpital à l'expiration de son congé, et enfin à l'Asile. « Depuis qu'il est revenu du régiment ce garçon-là est tout détraqué et devient dangereux pour les siens » (Commémoratifs de l'internement.)

Nous lui posons quelques questions :

Mois ? Juin... ou mai (en réalité, nous sommes le lendemain de la Fête nationale).

Où êtes-vous ici ? A l'Asile de Clermont.

Lisez-vous le journal ? Pas du tout.

Vous ennuyez-vous ? Par instants. Entre 10 heures et 5 heures.

Pensez-vous à vos parents ? Quelquefois, par bouffées, par occasions.

Quels sont les gens qui vivent avec vous? Je ne leur cause pas...

.... Il y a une espèce d'entente (?)

Sont-ils malades?... Ils sont inquiets... de ne pouvoir affirmer...

Il paraît avoir des idées de doute philosophique sur l'existence des objets.

« Il faut sortir du doute pour engendrer le mouvement », ajoute-t-il.

Etes-vous content du résultat de nos méditations? Oui, je suis assez content.

....« Je réfléchis souvent aux choses religieuses. »

S'intéresse au spiritisme. « J'ai été influencé par un spirite au moment d'une éclosion. » Telle a peut-être été la cause des guerres, ajoute-t-il spontanément.

Depuis quand êtes-vous ici? Deux années (exact).

Quels sont vos projets d'avenir? Je me contente du présent.

Par contre quand on l'interroge sur l'Histoire de l'Art, on s'aperçoit qu'il a beaucoup de notions exactes, détaillées. Néanmoins, il semble bien qu'il en a oublié énormément; d'ailleurs sa faculté d'évocation des souvenirs est très diminuée, cela ne le trouble pas apparemment. Ne paraît pas avoir d'hallucinations, mais en aurait eu au début.

Il mène une vie apathique, est indifférent, ne s'occupe à rien. Pas de catatonisme. Il a de temps en temps des impulsions avec tendance à la violence :

Examen somatique. — Peu développé. Type cérébral, épaules étroites. Pas de signes de tuberculose à l'examen clinique.

Acuité auditive un peu diminuée. Myope. Pas d'appoint alcoolique.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Honoré, 50 ans.

Récidive de commotion avec appoint émotionnel. Pertes de connaissance suivies d'état confusionnel. Périodicité des crises. Fond mental intact.

Rien dans les antécédents héréditaires ni personnels.

Sous-officier dans la marine de guerre, a participé à la guerre de Chine, et eut de nombreux incidents de navigation dont deux naufrages au cours d'une carrière bien remplie, dès avant la guerre.

Enfin, à la mobilisation, fait campagne en Méditerranée et au cours d'opérations contre la flotte autrichienne, son bateau (contre-torpilleur) est torpillé. Ce n'est pas son premier naufrage et il nous fait un récit de l'événement (février 1915) qui ne nous paraît pas dépasser les bornes de la vérité.

Etant de service, sur le pont, et sans avoir pu prévoir l'imminence d'un torpillage, il sent une violente secousse ébranler le bâtiment et se trouve projeté en avant contre un obstacle qui le contusionne au côté gauche. A peine remis de cette contusion il se précipite vers le poste du commandant et s'occupe du sauvetage. Mais le bateau coule rapidement et il assiste impuissant à la rapide agonie d'une partie de l'équipage qui ne peut sortir à temps.

Enfin, se jette à la mer et est recueilli par un autre bâtiment de l'escadre. Perd connaissance en arrivant au navire.

Reprend connaissance à bord de ce navire, puis perd toute notion de ce qui se passe et ne saura que par ouï-dire qu'il a été transporté à l'hôpital de Malte. Rapatrié en France, il a un mois et demi de convalescence à l'expiration de laquelle il embarque sur un croiseur.

Mais trois mois environ après son torpillage, il ressent subitement un malaise qu'il décrit exactement ainsi : C'était « comme une petite affaire dans le cœur... comme si j'avais peur de l'enfer » (il est très religieux).

A la suite de cette crise, il tombe, et ne garde aucun souvenir de la crise.

Comme cela le reprendra exactement tous les mois, ses camarades, et lui-même commentent plaisamment la chose en disant que « c'est comme des règles » et il peut accomplir en somme normalement son service.

Mais en 1917, à la suite d'un accident, dans un compartiment étanche où il procédait au lancement d'une torpille, l'eau pénètre

en trombe. Il crie aux camarades « sauvez-vous » et perd connaissance.

Il ne peut malheureusement nous dire s'il a été projeté à nouveau contre les parois du navire, mais il a eu en tout cas le temps de se rendre compte de ce qui arrivait. Donc, émotion, submersion et peut-être nouveau choc. Evacué à l'hôpital à Toulon, il nous dit avoir été pris par la fièvre et ne se rappelle pas ce qui s'est passé pendant la période qui a suivi ce nouvel accident.

Il est réformé temporairement, rentre dans ses foyers, et continue à avoir sa crise mensuelle, aggravée maintenant de périodes confusionnelles. Quand une crise survenait on le transportait immédiatement à l'hôpital où il séjournait pendant la période confusionnelle. Désespérant de trouver un remède à ses maux, il se fait admettre dans le service de M. le Dr Wallon, mais ne peut y séjourner en raison de sa violence et de son agitation pendant les périodes confusionnelles et on doit se résoudre à l'interner en janvier 1921, c'est-à-dire six ans après son premier accident, et quatre ans après celui qui a définitivement entraîné sa réforme.

Son certificat immédiat porte :

Est atteint d'excitation maniaque aiguë (incohérence).

Ancien soldat commotionné de guerre. Placement justifié (le 29 janvier 1921).

30 janvier 1921. — Casse un carreau. Est agité toute la nuit. Crie et chante, frappe dans la porte de sa cellule.

31 janvier 1921. — Crie et chante toute la journée et toute la nuit.

Puis il a une période de calme jusqu'au 10 février 1921 où l'on note : Agité toute la journée. A chanté jusqu'à neuf heures du soir.

11 février 1921. — *Idem.*

Puis calme jusqu'au 23 mars, etc.

Depuis son entrée jusqu'à l'heure actuelle, il n'a cessé de présenter les mêmes accidents avec une certaine périodicité.

A deux reprises, le 7 mars et le 2 août 1921, il s'est livré à des violences sans motif sur autrui, mais n'en a gardé aucun sou-

venir. D'ailleurs, du 29 janvier au 10 novembre 1921 nous avons relevé 51 jours d'agitation sur 295.

Il était intéressant d'étudier de près chez ce malade le tableau de la crise, afin de porter un diagnostic d'épilepsie. Son aura est nous dit-il encore lui-même « comme quelque chose qui se détraque là » (région du cœur), mais il n'a pas toujours cette sensation, notamment pendant les mauvaises périodes (il a eu jusqu'à six crises dans la même journée). Il tombe, mais n'a aucun mouvement convulsif, ni même de contracture. Sa figure devient très pâle.

Il n'a pas d'incontinence au cours de la crise (urina une seule fois un jour où il a eu quatre crises) depuis son entrée ; ne s'est jamais non plus mordu la langue. Après la perte de connaissance qui dure dix minutes environ d'une façon générale, il se sent la tête lourde ; s'il se retrouve dans sa cellule, c'est à cela qu'il se rend compte parfois qu'il a dû avoir une perte de connaissance.

Quant à son état crépusculaire, il en garde parfois de vagues souvenirs ; souvenirs de crainte de torpillage, hantise du périscope de sous-marins ; mais parfois aussi il déclame contre l'alcoolisme, qui est sa bête noire, ou il chante.

Examen somatique. — Bonne santé physique. Rien à l'auscultation du cœur ni du poumon.

Réflexes rotuliens normaux.

Réflexes pupillaires normaux.

Il paraît avoir quelques troubles transitoires parésiques dans le bras gauche, avec main gauche moite, par intervalles.

A noter pour mémoire une petite cicatrice du cuir chevelu à la région occipitale, mais souple et non douloureuse.

Au point de vue du fond mental, il n'a aucun affaiblissement intellectuel ni affectif. Homme très sobre.

OBSERVATION IX

Commotion. Eboulement.

Crises hystéro-épileptiformes survenues un mois et demi après. Fugues. Automatisme. Amélioration. Persistance de

troubles du caractère, du type épileptique. Appoint alcoolique.

C... Gustave, 27 ans.

Pas d'hérédité.

A fréquenté l'école régulièrement et obtenu le certificat d'études primaires.

Ensuite comptable cinq ans dans une maison de commerce. Deux ans et demi dans une autre.

Blessé en novembre 1914. Gazé en 1915. Blessé en mars 1916.

Et enfin le 9 mai 1917, à Craonne (il avait le grade de sergent) : Double fracture de la clavicule droite.

Transporté au P. S. il est victime d'un éboulement provoqué par la chute d'un obus sur le poste et perd connaissance. Reprend connaissance au bout d'une quinzaine de jours.

Au bout d'un mois et demi environ, il est pris de crises offrant le type classique. A plusieurs reprises il s'est mordu la langue ; il urinait la nuit dans son lit. Ces crises débutaient par des auras hallucinatoires consistant en la vue de nuages rouges qui grandissaient sans cesse et envahissaient tout l'espace ; alors se produisait la perte de conscience.

C'est surtout au printemps que les manifestations épileptiques se montrèrent le plus accusées par la suite.

Actuellement, il n'a plus de crises violentes depuis plus d'un an mais seulement des vertiges et se serait réveillé quelquefois avec les mâchoires contractées et de l'écume à la bouche, ce qui semble correspondre à des attaques frustes.

Son sommeil est parfois lourd, entrecoupé de rêves terrifiants qu'il qualifie de rêves rouges et qui lui rappellent les prodromes de ses grandes attaques ; à la suite il se réveille le matin complètement brisé, avec un violent mal de tête qui met longtemps à se dissiper.

L'amnésie comprend le temps de l'accès, depuis la chute jusqu'au retour à la connaissance ; elle était totale et se reproduisait régulièrement à chaque accès, mais à deux reprises elle fut plus particulièrement prolongée (au cours de deux fugues automatiques).

Ce malade a dû être interné pendant quatre mois à l'asile de Saint-Maurice quelques mois après le traumatisme et alla d'hô-

pitaux en convalescences jusqu'au moment de sa réforme, 2 février 1920.

« Troubles hystéro-épileptiques consécutifs à une commotion par ensevelissement. Crises épileptiformes avec perte de connaissance, crises constatées. Poussées délirantes et amnésie ayant nécessité l'internement. Idées hypochondriaques. »

A la suite de sa réforme, il travailla dans différentes maisons pendant des temps très variables, entrecoupés de crises pour lesquelles il est soigné à droite et à gauche.

Etant employé dans un ministère, il commet, au restaurant un vol d'objets appartenant à une de ses collègues et est écroué à la Santé, mais ce vol ayant eu un caractère impulsif, absurde, il bénéficie d'un non-lieu. *Après examen mental.* — Il entre alors à l'« Œuvre des Blessés nerveux » dont il est renvoyé en mars 1921.

Cherchant vainement de l'ouvrage à Paris, sous l'influence de la contrariété, il est repris de crises, et, sans savoir comment, se retrouve à l'Hôtel-Dieu où il passe un mois environ; il en sort le 13 avril 1921, échoue dans une tentative pour obtenir un emploi « réservé », et se dispose à essayer de trouver une situation dans les régions libérées. Se souvient d'être arrivé à la gare du Nord puis se retrouve à l'hôpital de Tours, sans savoir comment il y était arrivé. Il y est visité par un médecin aliéniste qui porte le diagnostic d'« automatisme ambulatoire ».

Pendant cette période d'amnésie, il avait perdu toutes ses affaires, notamment son argent et ses papiers. On le rapatrie de Tours à Paris et il se rend immédiatement à l'Œuvre des Blessés nerveux où on refuse de le reprendre. Il mène alors grand tapage, fait du scandale, et passant outre, va se réinstaller à l'Œuvre où il retrouve d'anciens camarades, en marge du règlement.

Il n'y a d'autre ressource pour faire cesser cette situation que de porter plainte pour violation de domicile et C... est interné après non-lieu.

Un détail pourrait faire douter de la nature véritablement épileptique de ses fugues, c'est que, d'après les renseignements fournis par le commissaire de police de Tours, C... se serait

présenté et aurait demandé lui-même son admission à l'Hospice tandis qu'il prétend au contraire s'y être retrouvé sans savoir comment il y était arrivé.

Mais ce fait s'observe encore assez fréquemment; tout en étant sous l'influence de l'épilepsie le malade reste plus ou moins conscient pendant un temps variable quoique assez court avant que le souvenir s'efface définitivement.

Depuis son internement, ce malade est calme, s'occupe régulièrement aux écritures et n'a eu aucune crise.

L'examen physique ne révèle chez ce malade aucun signe de dégénérescence : il n'a pas de troubles de la sensibilité ; les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation ; ses réflexes rotuliens sont normaux.

Il présente simplement un léger tremblement de la langue et des doigts (pendant son séjour à l'Œuvre des Blessés nerveux il a été noté comme ivrogne et difficile à diriger).

OBSERVATION X

Jules, 31 ans.

Parents bien portants.

Mobilisé dans l'infanterie coloniale comme caporal. Est blessé en novembre 1914 au cours d'une attaque. « Plaie en séton de la région fronto-pariétale gauche par balle. »

Le malade n'a pas perdu connaissance sur le moment, mais s'est senti faible au bout d'une demi-heure environ et n'a repris connaissance qu'à l'ambulance. Il n'est pas trépané et reste un mois à cette ambulance d'où il regagne son dépôt ; en cours de route, il a deux faiblesses dans le train, sans toutefois perdre connaissance. Puis retourne au front fin janvier jusqu'à juillet 1915 et est évacué pour dysenterie.

Retour au front en janvier 1916. Vers le mois de mars, il commence à bégayer, se plaint d'entendre des bruits dans les oreilles d'une façon incommodante, a une recrudescence d'éblouissements quand il regarde en l'air. Il remarque également qu'il a des oublis et réagit aux bruits imprévus par « une sensation de constriction », « une barre sur l'estomac ».

En juin de la même année, la situation s'aggrave ; « il fallait que je marche, que je courre droit devant moi, j'avais des espèces de vertiges », dit-il. A un moment donné « on » parlait ; je ne distinguais rien ; ça faisait un bruit qui m'agaçait ; ça me faisait courir.

« A mon idée, dit-il, c'était la réverbération » (le malade est de plus myope et porte des lunettes).

Evacué pour ces troubles au Centre neurologique de la région, il demande à en sortir et depuis cette époque, son temps se partage en convalescences et séjours dans des Centres neuro-psychiâtriques.

Il passe une première convalescence chez lui où il ne reste que huit jours, « ne sachant pas ce qu'il faisait ». « Dans un état de prostration ». « Je me mettais sur une chaise ; je ne bougeais pas ». « La mémoire n'allait pas ».

Renvoyé dans un Centre neurologique il est étiqueté :

« Vertige de Menière par commotion labyrinthique » à la suite d'épreuves voltaïques.

Trois mois plus tard, il fait un faux départ pour le front. En effet à son arrivée au régiment on l'expédie immédiatement dans un nouveau Centre neurologique. Son billet d'hôpital le signale comme « Syndrome des Trépanés ».

Le bégaiement n'a pas cédé ; il a de la céphalée quand il baisse et relève la tête, etc... et même, à des intervalles éloignés, des vertiges.

Proposé pour la réforme dont il ne veut pas entendre parler, on l'expédie sur un Centre de l'intérieur.

Toujours bègue, amnésique (uniquement pour les choses récentes), insomniaque. Il se plaint toujours d'avoir « une barre à l'estomac », mal à la nuque. Depuis sa blessure, d'ailleurs, il signale qu'il ressent parfois « comme une espèce de commotion », « ça le fait sauter ».

Il note aussi qu'à certains moments il entend des bruits de sonnettes, trépide, a peur de tout.

Enfin, il passe devant une Commission de Réforme ; réformé temporairement, revient ensuite dans un Centre de Rééducation des Bègues, section des commotionnés, mais ne peut suivre

les exercices gymnastiques à cause de sa céphalée provoquée par certains mouvements d'élévation des bras notamment.

Retourne spontanément à son corps, mais le colonel s'oppose à un nouvel essai de départ au front. Envoyé à nouveau à l'hôpital il suit un traitement calmant (bains prolongés, valériane). Enervé, criait la nuit, croyait parfois en dormant que quelqu'un l'étranglait. Enfin, réformé à 40 o/o, est toujours en proie à des vertiges, etc. Reste un an sans travailler.

Un conseil de réforme ultérieur lui octroie 80 o/o, mais néanmoins il se trouve suffisamment amélioré par la suite pour reprendre du service dans son administration.

Malheureusement pour lui, il est affecté à la surveillance de distillation de mélasses et se trouve faire son service au milieu d'émanations alcooliques. Peut-être y ajoute-t-il un appoint personnel, sa famille le dit ; en tous cas, il reconnaît lui-même que l'alcool lui est interdit depuis sa commotion et il ne présente pas de signes d'imprégnation alcoolique.

Nous serons brefs sur l'épisode qui l'amène actuellement à l'Asile. Il s'agit en résumé d'une bouffée délirante hallucinatoire à base d'hallucinations auditives. Le malade, à la suite d'hallucinations d'abord nocturnes, a cru que l'on complotait contre lui et les siens, entendant distinctement ses persécuteurs ; un beau jour il s'est même armé d'une hache pour se défendre et est devenu dangereux. D'où son internement. Ces hallucinations ont cessé très rapidement dès qu'il a été interné et le malade vient d'être remis en liberté après une période d'observation suffisante. A l'examen somatique, on ne remarque rien de particulier.

Réflexes rotuliens un peu vifs. Les pupilles réagissent normalement. T. A. 14 1/2-9. Réflexe oculo-cardiaque *aboli*. Pouls à 80.

La cicatrice du séton fronto-pariétal est linéaire, mobile sur la paroi crânienne, un peu douloureuse.

La douleur existe à la recherche des points de la névralgie trigémino-occipitale. Les mouvements de la tête, notamment la flexion, amènent de la céphalée.

OBSERVATION XI

Louis, 39 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort quand le malade était en bas âge.

Mère asthmatique, sujette aux maux de tête.

Collatéraux. — Une sœur, morte à 5 ans, qui aurait eu des convulsions.

Antécédents personnels. — Rougeole. Oreillons.

Le malade a fréquenté l'école primaire, mais n'a que des notions scolaires rudimentaires.

Il a exercé le métier de cultivateur puis a fait son service militaire normalement, nommé soldat de 1^{re} classe au bout de six mois de service.

Mobilisé dans l'infanterie, il a eu une citation en 1916 (blessure à la jambe).

Nommé caporal, il perd ses galons en 1918 par absence illégale (Était allé voir sa mère, profitant de ce que le régiment passait dans les environs.)

Au cours de l'offensive de 1918, pendant une attaque, en terrain découvert, il est blessé à la tête, sans se rendre compte de ce qui s'était passé. Perd connaissance et la reprend à l'ambulance après une période de deux ou trois jours.

Evacué sur une ambulance parisienne, il est trépané, puis envoyé en convalescence. Peu de temps après, on est obligé de l'interner en raison de ses troubles mentaux.

A l'examen de son crâne nous constatons :

1° Une perte de substance osseuse longue de 6 centimètres environ et large de 2, située un peu au-dessus de l'oreille gauche, transversale. La cicatrice est pulsatile.

2° Une cicatrice punctiforme à la région occipitale. Il paraît y avoir une légère perte de substance osseuse en cupule.

Le malade est un peu sourd de l'oreille gauche et se plaint de voir moins clair de l'œil droit depuis sa blessure.

A part cela il n'a aucun trouble organique.

Au point de vue mental. Sa mémoire est assez bonne, mais il

se plaint d'être obligé de chercher dans ses souvenirs avec beaucoup de difficulté, et d'avoir fréquemment des maux de tête.

Il est néanmoins plus qu'amoindri au point de vue cérébral et son certificat d'internement porte le diagnostic de dégénérescence avec idées de persécution, excitation, tendance aux impulsions et à la violence.

Pourquoi êtes-vous venu ici ? Je me suis mis en colère, j'ai dit : Vous voulez me faire passer pour fou. On m'a enfermé dans un cachot. On voulait me faire passer pour ce que je n'étais pas. Je disais que ma tête était gonflée. Ce n'était pas ma faute.

Depuis plusieurs mois que nous l'observons, il est en général calme, sans protestation contre son internement. Se met en colère violente cependant parfois par suite de contrariétés.

Il n'a pas d'hallucinations auditives ou visuelles, mais des troubles interprétatifs mal systématisés, en rapport avec sa débilité mentale.

OBSERVATION XII (Résumée)

Marius, 28 ans.

Ancien garçon de café, débile mental.

Traumatisme cranio-cérébral. Trépanation.

Plastic osseuse. Apparition de crises d'épilepsie généralisée deux mois après. Périodes confusionnelles post-épileptiques avec violences. Interné à la suite d'excès éthyliques.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Pour être complet, ainsi que nous le disions au début de notre statistique, nous avons respecté largement la notion de commotion lorsqu'elle se trouvait invoquée dans les observations prises pendant la guerre; nous sommes donc certainement resté, au-dessus de la vérité en tant que nombre de commotions vraies, mais nous sommes obligé de constater néanmoins que nous n'en avons pas pour cela relevé de véritable psychose attribuable de façon convaincante au traumatisme.

Dans nos quatre premières observations, rétrospectives nous avons deux P. G. décédés dont l'un n'a eu qu'une commotion alléguée (obs. II et IV).

Nos observations I et III sont d'étiologie également douteuse et concernent un débile dégénéré (obs. I) et un épileptique déjà réformé pour commotion cérébrale dans l'active (obs. III).

L'observation V est un cas de choc émotif plutôt que de commotion où nous trouvons seulement des troubles du caractère et de l'émotivité, mais portés à un très haut degré.

L'observation VI où la notion de commotion est à retenir il s'agit d'un internement passager, frisant le non-lieu chez un déséquilibré constitutionnel.

Dans les observations VII et VIII, troubles asthénodémentiels et états confusionnels périodiques, la notion de commotion est mal établie.

Reste l'observation IX commotion vraisemblable, troubles d'ordre épileptique.

Observation X, traumatisme cranio-cérébral, bouffée hallucinatoire déterminée par un appoint alcoolique chez un sujet répondant à la forme accusée avec exacerbations du syndrome psychique résiduel des traumatisés cranio-cérébraux et les deux trépanés (obs. XI et XII), l'un, nettement et simplement épileptique post-traumatique, l'autre atteint d'une psychose de dégénéré.

En résumé, 3 cas de commotion à retenir (dont 1 chez un syphilitique ancien mort de P. G.).

1 cas de traumatisme cranien (sans trépanation).

2 cas de trépanés.

Sur un total de 390 observations d'aliénés militaires.

Au sujet de la prédisposition morbide, le résultat de notre enquête est nettement en faveur de son importance prépondérante.

Dans tous nos cas de commotion elle apparaît comme décisive et chez nos traumatisés cranio-cérébraux, évidemment moins suspects *a priori*, nous retrouvons, avec le syndrome classique, des circonstances plus ou moins complexes et toujours l'influence de l'alcool dans les commémoratifs de l'internement, sauf dans 1 cas douteux, de dégénérescence mentale.

CONSIDÉRATIONS SUR LE SYNDROME PSYCHIQUE COMMOTIONNEL TARDIF

L'étude de nos malades d'Asile ne nous ayant donné de renseignements cliniques que sur un nombre infime de véritables commotionnés, ainsi que nous venons de l'exposer, nous avons fait des recherches au point de vue clinique sur les 98 commotionnés dont nous avons fait état au point de vue numérique dans notre statistique.

Nous n'avons retenu, dans cette catégorie, que les cas où la commotion a été suivie de perte de connaissance, en général assez prolongée.

Nous n'insisterons donc pas sur l'amnésie post-commotionnelle avec son caractère lacunaire, englobant souvent le souvenir du traumatisme lui-même, et l'amnésie antérograde plus ou moins longue à disparaître, liée soit à une période confusionnelle post-comateuse, soit à une déficience plus prolongée de l'attention.

Au point de vue des séquelles tardives que nous avons plus particulièrement en vue, nous avons eu la surprise de constater que *l'épilepsie*, sous ses diverses formes, domine nettement la situation, avec 48 cas, se détaillant ainsi :

Crises épileptiques 34 cas (dont 1 cas d'épilepsie aggravée par la commotion).

Vertiges sans convulsions 9 cas.

Bouffées confusionnelles sans crises convulsives 1 cas et quelques cas variés tels que :

Epilepsie avec hémiplégie 1 cas.

Epilepsie dont la première crise a été déclanchée au cours d'une anesthésie chloroformique pour réduction d'une luxation contemporaine de la commotion 1 cas.

Crises d'aspect pithiatique 2 cas.

Dans 4 cas sur les 46 premiers ont été notés des stigmates d'hypérémotivité.

Ajoutons pour mémoire 3 cas d'épilepsie classique après émotion-choc sans perte de connaissance.

Nous avons relevé ensuite comme les plus fréquents :

Les troubles de la mémoire : 10 cas pouvant être presque considérés comme affection autonome, et consistant surtout en difficulté d'évocation des souvenirs, fatigabilité de l'attention et quelquefois crises subites d'amnésie.

Dans 7 cas troubles marqués d'*aboulié*, *asthénie*, *morosité* réalisant en somme un syndrome d'épuisement post-traumatique. Nous n'avons pas pu mettre en évidence néanmoins de cas suffisamment marqué pour mériter véritablement le nom de *démence post-commotionnelle*.

Au point de vue des *troubles de l'émotivité* prédominants nous en avons trouvé 23 cas, allant depuis l'*hyperémotivité simple* (souvent associée au bégaiement)

jusqu'aux crises d'angoisse (3 cas) ou de suffocation (1 cas).

Dans ce lot important de commotionnés, nous n'avons relevé que 4 cas dans lesquels l'internement fut nécessaire.

Deux fois pour accès de dépression mélancolique ;

Une fois pour confusion mentale, à plusieurs reprises, à la suite d'excès éthyliques.

Une fois pour des périodes d'agitation.

Enfin, au point de vue des troubles d'ordre neurologique nous n'en avons trouvé qu'une faible proportion.

8 cas de troubles de l'audition (perforations tympaniques, otites, troubles labyrinthiques).

2 cas de chorée, dont 1 avec B. W. positif.

1 cas d'hémi-parésie.

1 cas d'hémi-anesthésie.

1 cas de lésion médullaire (clonus du pied unilatéral avec signe de Babinski).

CONSIDÉRATIONS SUR LE SYNDROME PSYCHIQUE RÉSIDUEL DES TRAUMATISMES CRANIO-CÉRÉBRAUX DE GUERRE.

L'étude de 136 observations de trépanés ne nous a pas amené à faire des remarques spéciales au sujet du syndrome psychique résiduel des traumatismes cranio-cérébraux de guerre si bien décrit notamment dans les travaux de M. Villaret et de ses collaborateurs.

Les troubles que nous avons relevé le plus souvent ont été les *crises convulsives*, 67 fois sur 136 (49 o/o) et les vertiges, éblouissements, céphalées, observés d'une façon banale dans le « syndrome subjectif des trépanés » que nous avons noté comme symptôme prédominant dans 22 autres cas ne s'accompagnant pas de crises.

Nous avons noté les troubles d'ordre neurologique (hémiplégie, monoplégie... dans 28 cas chorée 1 cas).

Du côté des organes des sens, quelques symptômes en rapport avec les localisations cérébrales : scotomes, diplopie, amaurose... (7 cas), surdité, troubles labyrinthiques et même hallucinose auditive (11 cas).

Dans 15 cas, des troubles prédominants de la parole (aphasie, parole scandée, retard et difficulté dans l'élocution...)

Au point de vue purement psychique, les malades consultent principalement pour des *troubles de la*

mémoire 22 cas (amnésie de fixation et quelques cas curieux de crises d'amnésie entraînant une désorientation complète de l'individu).

Fatigabilité de l'attention, 14 cas rendant le travail difficile ou impossible.

Hyperémotivité, 20 cas (allant quelquefois jusqu'aux crises d'angoisse), associée assez fréquemment à une intolérance spéciale pour les bruits. Comme troubles du caractère nous avons recherché l'irritabilité morbide si souvent décrite et l'avons trouvée nette dans 14 autres cas.

L'apathie, réalisant en somme la neurasthénie ou l'asthénie traumatique des auteurs, dans 11 cas.

Remarque. — Notre proportion d'épileptiques (49 0/0) après traumatisme cranio-cérébral dépasse notablement les statistiques habituelles dont la proportion est de 15 à 20 0/0 en général. La cause de cette proportion anormale est certainement due à ce qu'un certain nombre de trépanés supportent sans trop d'inconvénients leur infirmité et que d'autre part, et surtout sans doute, que les épileptiques se casent difficilement dans la vie sociale et ont plus besoin d'assistance.

Parallèle entre le syndrome psychique commotionnel tardif et le syndrome psychique résiduel des traumatismes cranio-cérébraux.

1° Au point de vue organique nous mentionnons simplement que, comme il fallait s'y attendre les troubles d'ordre neurologique, paralysies, aphasie... sont fré-

quents chez les trépanés et exceptionnels chez les commotionnés, par contre les lésions de l'appareil auditif sont de même fréquence 9 o/o et 8 o/o ;

2° Dans les deux catégories nous trouvons respectivement 50 o/o (commotionnés) et 49 o/o (trépanés) atteints de troubles d'ordre épileptique, et ce fait nous paraît en rapport avec des lésions cicatricielles post-traumatiques extrêmement fréquentes chez les anciens commotionnés.

3° *L'hyperémotivité* paraît sensiblement aussi fréquente dans les deux catégories. Commotionnés 23 o/o et trépanés 25 o/o.

Dans près de la moitié des cas chez ces derniers nous avons noté l'irritabilité morbide qui se rencontre aussi, mais nous a paru un peu moins fréquente chez 16 o/o les commotionnés.

4° *Mémoire et attention.* — Les troubles importants de la mémoire atteignent un peu plus souvent les trépanés contre 10 o/o chez les commotionnés.

La fatigabilité de l'attention et la diminution de la capacité de travail paraissent aussi plus souvent l'apanage des trépanés.

5° Quant aux syndromes d'épuisement chronique, on les retrouve à peu près en même proportion dans les 2 cas 8 o/o et 7 o/o.

6° *Internements.* — Proportion minime chez les commotionnés et presque nulle chez les trépanés. Ainsi que cela a été mis en évidence notamment par M. Villaret qui ne signalait aucune demande d'internement sur 350 cas de traumatisme crânio-cérébral (1).

1. *Loco citato.*

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

La question médico-légale d'après-guerre, au point de vue des pensions ou réformes, notamment est venue remplacer au point de vue de l'actualité, l'observation clinique et étiologique qui s'imposait à l'attention des médecins chargés de l'assistance psychiatrique aux armées.

I. *Etat antérieur* — En effet, si tout le monde est d'accord pour reconnaître l'existence de troubles psychiques consécutifs aux commotions et traumatismes cranio-cérébraux, la question de l'état antérieur notamment, bien qu'ayant été laissée volontairement de côté par les législateurs (loi du 31 mars 1919) par analogie avec la loi de 1899 régissant les accidents du travail, n'a pas été sans provoquer quelques critiques dans les milieux psychiatriques.

On ne saurait oublier en effet que les auteurs français ont mis depuis longtemps en évidence le rôle de la prédisposition dans l'éclosion des troubles mentaux post-traumatiques et l'étude plus poussée de l'équilibre humoral et des infections occultes par exemple oblige à faire des réserves chaque jour plus grandes sur l'intégrité physique des sujets (1).

1. Dans notre observation VII il existait quelques troubles intestinaux dans la période pré-traumatique. MM. Mairét et Piéron ont noté

D'autre part, l'étude approfondie du psychisme des malades mentaux, prospective ou rétrospective, révèle si souvent des anomalies, des tares plus ou moins avérées ou latentes que l'on ne peut s'empêcher d'être circonspect pour apprécier leur résistance aux traumatismes cranio-cérébraux et aux commotions.

Nous trouvons un nouvel argument en faveur du rôle de la prédisposition dans ce fait qu'on n'a pas publié de cas de démence traumatique pure chez les combattants (1) en France à l'occasion de la guerre.

Néanmoins on ne saurait affirmer qu'il n'existe pas de lésions organiques du cerveau lorsqu'on examine un commotionné se plaignant même uniquement de troubles mentaux. Un certain nombre d'observations sont probantes à ce point de vue, même dans des cas où il n'y a pas eu perte de connaissance.

Quelques commotionnés, en apparence sans fracture du crâne, ont pu guérir entièrement de leurs troubles mentaux à la suite d'une intervention chirurgicale guidée, il est vrai, par quelques signes locaux (cicatrice douloureuse du cuir chevelu (2) examen radiologique).

II. *Responsabilité.* — Au point de vue judiciaire, qui soulève l'intéressante question des expertises mentales au sujet de la responsabilité des inculpés, on relèverait

la fréquence de ces troubles antérieurs chez les malades répondant à leur syndrome commotionnel. D'autre part certains auteurs admettent l'existence d'une période morbide prémonitoire de la D.P. et il est classique, de plus, d'admettre le traumatisme comme cause occasionnelle de D. P.

1. Voir Th. Lefèvre. Paris, 1920 *Un cas de démence traumatique.*

2. Société de Neurologie, 7 juin 1917. Cruchet. Calmettes et Bertrand

paraît-il une assez forte proportion de délinquants parmi les anciens commotionnés ou trépanés.

Ceci n'a rien qui doive nous étonner, et pour plusieurs raisons. D'abord un certain nombre de ces sujets sont devenus des épileptiques classiques, sujets à des fugues, à des réactions automatiques parfois violentes, à des troubles dangereux du caractère.

D'autre part, nous avons vu que, en plus des modifications du caractère, d'ordre banal chez les blessés nerveux, il existait fréquemment aussi des troubles importants de la mémoire, de l'endurance attentionnelle et de la volonté.

Ces déficiences ont pour résultat de leur rendre la vie sociale difficile, surtout dans les villes où ils deviennent souvent des épaves lamentables.

Nous proposons donc une large appréciation du dommage causé par le traumatisme, bien qu'à part les cas d'épilepsie liés à une lésion organique nette, il soit bien difficile d'apprécier ce que l'on a si justement appelé le « syndrome subjectif des trépanés ».

Avant de terminer notre brève étude, nous tenons à signaler l'influence toute particulière de l'alcool sur le cerveau de nos « blessés nerveux ».

En effet, M. le Dr Mignard notamment a soulevé le problème de la responsabilité de ces sujets, qui semble bien devoir être atténuée.

Les anciens trépanés et commotionnés sont d'une parfaite unanimité pour reconnaître qu'ils supportent beau-

1. *Quelques considérations sur la responsabilité des blessés craniocérébraux* (Montpellier médical, t., XXXIX, p. 127).

coup moins bien la boisson depuis leur traumatisme.

Nous avons signalé chemin faisant les cas d'internement provoqués par des bouffées confusionnelles ou des violences consécutives à des excès alcooliques.

C'est d'ailleurs une notion souvent vérifiable en clinique psychiatrique « l'alcool est la pierre de touche des lésions cérébrales » (Féré).

Au point de vue des relations du trauma et de l'alcool, on connaît le rôle de l'appoint traumatique dans la genèse du *delirium tremens* (Joffroy). Il nous a paru que la réciproque était tout aussi vraie.

D'ailleurs, le commotionné ou trépané est souvent sensibilisé au point de vue convulsif (50 c/o d'épileptiques dans la clientèle psychiatrique), hyperémotif, irritable.

L'alcool, convulsivant, inhibiteur de la volonté, a donc plusieurs façons d'exagérer les tares latentes du sujet qui ne se surveille pas étroitement à ce point de vue.

CONCLUSIONS

I. — Les internements pour séquelles psychiques de commotions ou traumatismes cranio-cérébraux de guerre ne figurent qu'en proportion infime dans la statistique globale des aliénés militaires (moins de 3 o/o).

II. — Les anciens commotionnés ou traumatisés cranio-cérébraux fournissent une proportion importante (1/3 environ) des anciens combattants venant consulter pour troubles mentaux.

III. — Les crises convulsives nous paraissent être le symptôme le plus fréquemment observé dans ces deux catégories (50 o/o dans la clientèle hospitalière).

IV. — Viennent ensuite :

1° Les troubles de l'émotivité, parfois diminuée mais plus souvent exagérée par les traumatismes ou commotions ;

2° Les troubles de la mémoire et la fatigabilité de l'attention.

Vu : le président de la thèse,
GILBERT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

BIBLIOGRAPHIE

1. *Allanic.* — Dupuytren et la neurasthénie post-traumatique.
Thèse Paris, 1920-1921.
2. *Benon (R.) et Lefèvre.* — Un cas type de démence traumatique (*Revue neurologique*, 1919).
3. *Ballet (G.) et de Fursac (R.).* — Psychoses commotionnelles (*Paris médical*, 1916, p. 214).
4. *Baruk (J.) et Bessière (R.).* — Quelques considérations sur la neuro-psychiatrie de guerre. Siraudeau. Angers, 1920.
5. *Brugia (P.).* — Mécanisme de l'hallucination dans l'épilepsie (*Encéphale*, 1913-1914).
6. *Balthazard.* — Précis de médecine légale.
7. *Claude (H.) et Loyez (Mlle).* — Un cas d'hématomyélie traumatique sans lésion vertébrale (*Encéphale*, 1913-1914).
— Etat hallucinatoire avec exacerbations périodiques symptomatiques d'une hypertension intra-cranienne (*Encéphale*, 1913-1914, p. 57).
— Psychose épileptique d'origine commotionnelle à forme excito-dépressive (*Encéphale*, 1920).
8. *Courbon.* — De l'inégalité de l'intérêt du public pour les blessés et les malades de la guerre (*Annales méd. psych.*, 1916-1917, p. 74).
9. *Cullerre (A.).* — Les maladies mentales et les névroses de guerre dans l'Armée britannique (*Ann. méd. psych.*, 1918, p. 173).
10. *Chavigny.* — Troubles psychiques par intoxication gastro-intestinale. Leur importance en psychiatrie de guerre (*Ann. M. P.*, 1918, p. 188).

11. *Camus (J) et Nepper.* -- Recherches sur les réactions psychomotrices et émotives des anciens trépanés (J. de Psychologie, 1915-1917, p. 532).
12. *Déjerine (J.).* — Deux cas de paraplégie fonctionnelle d'origine émotive observés chez des militaires (J. de Psychol., 1915-1917, p. 224).
13. *Dupré et Grimbart.* — La psychonévrose émotive. Emotion constitutionnelle et angoisse (Soc. neurol., 1917, in Revue neurol.)
14. *Dumas et Laignel-Lavastine.* — Les variations de pression du liquide céphalo-rachidien dans leurs rapports avec les émotions (Encéphale, 1913-1914, p. 19).
15. *Dufoux (H.).* — De l'origine infectieuse de certaines hémiplegies par hémorragie et ramolissement cérébral (Soc. de Neurol. de Paris, 11 janvier 1917).
16. *Dezos.* — Du rôle de la prédisposition individuelle dans les accidents dits commotionnels ou émotionnels. Thèse Bordeaux, 1919.
17. *Duret (H.).* — Commotions graves, mortelles, sans lésions (commotions pures) et lésions cérébrales étendues sans commotions dans les traumatismes cranio-cérébraux (Revue neurol., 1920, p. 888).
18. *Ducosté (M.).* — A propos de l'épilepsie consciente et mnésique (Ann. M. P., 1920, p. 356).
19. *Duhot et Targowla.* — Essai sur la psychose émotive des bombardements (Ann. d'Hyg. de Paris, 1919, n° 4, p. 321, 344).
20. *Fanaioli (G.).* — Les divers types cranio-faciaux et les différences de résistance psychique à la guerre (Ann. Méd. Psych., 1918, t. X).
23. *Guépin (A.).* — Amputation d'une partie importante du cerveau (J. de Psychol., 1915-1917, p. 221).
24. *Hoven (H.).* — Contribution à l'étude des troubles mentaux de guerre. Psychoses à la suite de toxi-infections (Archives méd. belges. Bruxelles, 1920, XXIII, 25-33).

25. *Haushalter (P.)*. — Amnésie commotionnelle rétrograde subitement supprimée par une émotion (Rev. neurol., 1918).
26. *Hesnard (A.)*. — Un nouveau mal des tranchées. L'apathie affective (J. de Psychol., 1915-1917, p. 369).
27. *Hœckel (F.)*. — La Névrose d'angoisse.
28. *La Huche*. — Contribution à l'étude clinique et médico-légale du syndrome de Korsakoff post-traumatique. Thèse Paris, 1920.
29. *Joanny-Roux*. — Les névroses post-traumatiques (Baillière).
30. *Lhermitte*. — La forme narcoleptique tardive de la commotion cérébrale (Paris médical, 22 déc. 1918, p. 509).
31. *Lépine*. — Troubles mentaux de guerre. Masson, 1917.
32. *Le Savoureux*. — Rapports des commotions de guerre et de la constitution émotive (Ann. Méd. Ps., 1921, p. 11, et 105).
32. *Logre et Bouttier*. — Les troubles artériels et vaso-moteurs dans les commotions et les blessures cérébro-médullaires (Rev. neurol., 1918).
33. *Léri (A.)*. — Commotions et émotions de guerre. Masson 1918.
34. *Latouche (R.)*. — Etude de la T. A. chez les anciens traumatisés cranio-cérébraux, Thèse de Paris, 1921.
35. *Mairet et Piéron*. — Les séquelles subjectives des traumatisés cranio-cérébraux et le syndrome commotionnel (Presse méd., 26 sept. 1918).
- Les troubles de mémoire d'origine commotionnelle (J. de Psychol., 1915-1917, p. 300).
36. *Mairet, Piéron et Bouzansky (Mme)*. — Communications à l'Académie de Médecine les 1^{er}, 15 et 22 juin 1915.
33. *Mairet et Durante*. — Contribution à l'étude expérimentale des lésions commotionnelles (Rev. neurol., 1919).
38. *Piéron*. — Les troubles de mémoire d'origine commotionnelle (J. de Psychol., 1915-1917, p. 300).

39. *Meige (H.) et Béhague (P.)*. — L'attribution de la médaille militaire pour les suites graves des blessures du crâne et de l'encéphale (*Rev. neurol.*, 1918).
40. *Mignard*. — Syndrome psychique atopique chez les blessés cranio-cérébraux observés quelques mois après la blessure (*Ann. méd. psych.*, 1918, t. IX, p. 241).
41. *Pitres et Marchand*. — Quelques observations de syndromes commotionnels simulant des affections organiques du système nerveux central (Méningite. P. G., lésions cérébelleuses, sclérose en plaque, tabes).
42. *Régis*. — Précis de psychiatrie. O. Doin, 1909.
43. *Rougé (C.)*. — Statistique des militaires internés à l'Asile de Limoux (*Ann. M. P.*, 1919, p. 271, 1920, p. 329).
44. *Rosanoff-Saloff (Mme)*. — Un cas d'hémiplégie traumatique tardive (*Rev. neurol.*, 1916).
45. *Roussy et Lhermitte*. — Psychonévroses de guerre. Masson, 1917.
46. *Renaux*. — Etats confusionnels consécutifs aux commotions par explosifs. Thèse de Paris, 1915.
47. *Sainton*. — Réflexe O. C. et troubles subjectifs des trépanés (*Bull. Acad. Méd.*, 25 décembre 1916, p. 533).
48. *Souques (A.) et Megerand (J.)*. — Des trépanés renvoyés sur la ligne de feu (*Rev. neurol.*, 1916, 2^e sem.).
49. *Villaret (M.) et Mignard*. — Contribution à l'étude des séquelles des traumatismes cranio-cérébraux (*Paris médical*, 2 sept. 1916, p. 209).
50. *Villaret et Faure-Beaulieu*. — Troubles nerveux tardifs consécutifs aux traumatismes cranio-cérébraux (*Revue générale de Pathol. de guerre*, 1916, n° 3).
51. *Wallon (H.)*. — Lésions nerveuses et troubles psychiques de guerre (*Jour. de Psychol.*, 1920, p. 69).
- Emotion et épilepsie, 1920, p. 367.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.	9
Historique	11
Notions nouvelles	14
I. — Commotions	14
II. — Traumatismes cranio-cérébraux	18
Formes cliniques	21
Statistique	23
Observations. — Remarque importante	25
Critique des observations	42
Considérations sur le syndrome psychique commotion- nel tardif	44
Considérations sur le syndrome psychique résiduel des traumatismes cranio-cérébraux de guerre.	47
Considérations médico-légales	50
Conclusions	54
Bibliographie	55

